

地域密着型通所介護サービスに関する契約書別紙 兼 重要事項説明書

1. 担当者

氏名 藤沢 和夫 連絡先 047-311-2100

2. サービス内容

	地域密着型通所介護サービス
ご利用場所	デイサービスセンターひまわりの丘 千葉県松戸市五香西5-19-8
介護保険指定番号	1291200614
ご利用期間(時間)	9:15~16:20
ご利用可能設備	DS相談室 医務室 静養室 浴室 DS休憩室 DS食堂 送迎車輛
介護サービス	「通所介護サービス計画」 に沿って、送迎、食事、着替え、排泄、移動の付き添いなどの介護を行います。
食事等	昼食 12時00分 頃 おやつ 15時00分 頃
入浴	利用毎 一般浴または特別浴 ※お客様の体調によりご利用いただけない、または清拭となる場合があります。
機能訓練	日常生活における生活リハビリと、機能訓練設備を使用しての訓練が行えます。
送迎サービス	松戸市内及び国道6号線より東側の地域を対象とし、 上矢切、中矢切、下矢切、栗山の各地区は、対象外とする。

3. 利用料金

(1)基本料金および加算料金

地域加算 5級地 10.45

基本料金		地域密着型通所介護							
時間	要介護度	1日当たりの利用料金		1日当たりの自己負担					
		単位	(介護報酬)	10%	1割負担	20%	2割負担	30%	3割負担
7時間以上 8時間未満 (通常)	介護1	753	7,868 円	787 円	1,574 円	2,361 円			
	介護2	890	9,300 円	930 円	1,860 円	2,790 円			
	介護3	1,032	10,784 円	1,079 円	2,157 円	3,236 円			
	介護4	1,172	12,247 円	1,225 円	2,450 円	3,675 円			
	介護5	1,312	13,710 円	1,371 円	2,742 円	4,113 円			
3時間以上 4時間未満	介護1	416	4,347 円	435 円	870 円	1,305 円			
	介護2	478	4,995 円	500 円	999 円	1,499 円			
	介護3	540	5,643 円	565 円	1,129 円	1,693 円			
	介護4	600	6,270 円	627 円	1,254 円	1,881 円			
	介護5	663	6,928 円	693 円	1,386 円	2,079 円			
4時間以上 5時間未満	介護1	436	4,556 円	456 円	912 円	1,367 円			
	介護2	501	5,235 円	524 円	1,047 円	1,571 円			
	介護3	566	5,914 円	592 円	1,183 円	1,775 円			
	介護4	629	6,573 円	658 円	1,315 円	1,972 円			
	介護5	695	7,262 円	727 円	1,453 円	2,179 円			
5時間以上 6時間未満	介護1	657	6,865 円	687 円	1,373 円	2,060 円			
	介護2	776	8,109 円	811 円	1,622 円	2,433 円			
	介護3	896	9,363 円	937 円	1,873 円	2,809 円			
	介護4	1,013	10,585 円	1,059 円	2,117 円	3,176 円			
	介護5	1,134	11,850 円	1,185 円	2,370 円	3,555 円			
6時間以上 7時間未満	介護1	678	7,085 円	709 円	1,417 円	2,126 円			
	介護2	801	8,370 円	837 円	1,674 円	2,511 円			
	介護3	925	9,666 円	967 円	1,934 円	2,900 円			
	介護4	1,049	10,962 円	1,097 円	2,193 円	3,289 円			
	介護5	1,172	12,247 円	1,225 円	2,450 円	3,675 円			

高齢者虐待防止措置未実施減算	-1%
業務継続計画未策定減算	-1%

加算・減算(1日につき)	利用料金		自己負担					
	単位	(介護報酬)	10%	1割負担	20%	2割負担	30%	3割負担
入浴介助加算	(I)	40 418 円		42 円		84 円		126 円
	(II)	55 574 円		58 円		115 円		173 円
中重度者ケア体制加算		45 470 円		47 円		94 円		141 円
個別機能訓練加算	(I) イ	56 585 円		59 円		117 円		176 円
	(I) ロ	76 794 円		80 円		159 円		239 円
認知症加算		60 627 円		63 円		126 円		189 円
若年性認知症利用者受入加算		60 627 円		63 円		126 円		189 円
通所介護送迎減算 (片道につき)		-47 -491 円		-50 円		-99 円		-148 円

加算(1回当たり)	利用料金		自己負担					
	単位	(介護報酬)	10%	1割負担	20%	2割負担	30%	3割負担
生活機能向上 連携加算	個別機能訓練 加算の算定なし	200 2,090 円		209 円		418 円		627 円
	個別機能訓練 加算の算定あり	100 1,045 円		105 円		209 円		314 円
ADL維持等加算	(I)	30 313 円		32 円		63 円		94 円
	(II)	60 627 円		63 円		126 円		189 円
栄養改善 加算	1回につき (月2回を限)	200 2,090 円		209 円		418 円		627 円
口腔機能 向上加算	1回につき (月2回を限)	(I) 150 1,567 円		157 円		314 円		471 円
	(II)	160 1,672 円		168 円		335 円		502 円
口腔・栄養 スクリーニング加算	(I)	20 209 円		21 円		42 円		63 円
	(II)	5 52 円		6 円		11 円		16 円
サービス提供体制 強化加算	(I)	22 229 円		23 円		46 円		69 円
	(II)	18 188 円		19 円		38 円		57 円
	(III)1	12 125 円		13 円		25 円		38 円
	(III)2	6 62 円		7 円		13 円		19 円

加算(1月につき)	利用料金		自己負担					
	単位	(介護報酬)	10%	1割負担	20%	2割負担	30%	3割負担
重度者ケア体制加算		150 1,567 円		157 円		314 円		471 円
個別機能訓練加算		20 209 円		21 円		42 円		63 円
栄養アセスメント加算		50 522 円		53 円		105 円		157 円
科学的介護推進体制加算		40 418 円		42 円		84 円		126 円

～2024年5月31日まで

介護職員 処遇改善 加算	(I)	所定単位数×59/1000	左記金額の1割分	左記金額の2割分	左記金額の3割分
	(II)	所定単位数×43/1000	左記金額の1割分	左記金額の2割分	左記金額の3割分
	(III)	所定単位数×23/1000	左記金額の1割分	左記金額の2割分	左記金額の3割分
介護職員等 特定処遇改善加算	(I)	所定単位数×12/1000	左記金額の1割分	左記金額の2割分	左記金額の3割分
	(II)	所定単位数×10/1000	左記金額の1割分	左記金額の2割分	左記金額の3割分
介護職員等ベースアップ加算		所定単位数×11/1000	左記金額の1割分	左記金額の2割分	左記金額の3割分

2024年6月1日～

介護職員 処遇改善 加算	(I)	所定単位数×92/1000	左記金額の1割分	左記金額の2割分	左記金額の3割分
	(II)	所定単位数×90/1000	左記金額の1割分	左記金額の2割分	左記金額の3割分
	(III)	所定単位数×80/1000	左記金額の1割分	左記金額の2割分	左記金額の3割分
	(IV)	所定単位数×64/1000	左記金額の1割分	左記金額の2割分	左記金額の3割分

・上表では小数点以下を切り捨てて表示しています。精算時には、合計で生じる端数を切り捨てますので、円の位に誤差が生じることがあります。※適用される加算及び減算は個人によって異なります

・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等の理由により、法定代理受領ができなくなる場合があります。その場合は、一旦1日あたりの利用料金(介護報酬額)をご負担いただきますと、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日松戸市の窓口へ提出しますと、7～9割の払い戻しを受けることができます。

(3)その他自己負担となるもの

	内容	
食事代	昼食 700 円	おやつ 100 円
特別な食事	基本メニュー以外の主食(ごはん等)をご希望により提供した場合には、別途料金をご負担いただきます。 粥ミキサー・パン 50 円 その他 実費 (いずれも税別)	
行事参加費	実費	
その他	おむつ代・個人の属する費用・レクリエーション材料実費など	
病院受診送迎費用	医療機関 500 円/回(片道)	(税別)
受診時付添費用	3時間まで 2,000 円/回	(税別)
	3時間を超える場合 500 円/1時間に付き加算	(税別)

(4)キャンセル料

無料	ご利用日当日の 午前 8時00分 まで
800円(税別)	ご利用日当日の 午前 8時00分 以降

(5)支払方法

当月のご利用分を翌月15日までにご請求いたします。

請求のあった月の25日までにお支払ください。

お支払は、口座引き落としまたは振込のいずれかの方法でお願いします。

口座引き落としの場合は当該月の20日に指定口座から引き落とされます。

なお、お振込の場合の手数料はご負担願います。

4. サービスのご利用について

(1)運営指針

お客様の心身の状況等を踏まえて、可能な限り居宅においてその有する能力に応じ自立した日常生活が営めるよう、日常生活のお世話および機能訓練等必要な援助を行います。

(2)サービス利用の方法

居宅介護支援事業所、地域包括支援センターを通じ、または直接、ご利用のお申し込みをしてください。

空き状況等を確認し、ご利用の予定について相談させていただきます。

(3)サービス利用時の留意事項

- ・ 次回のご利用予定など施設からの連絡事項は「連絡帳」にてお知らせします。
- ・ ご利用当日には、看護職員による健康チェックを受けていただきます。体調不良により、サービス内容を変更または中止とさせていただく場合があります。
- ・ ご利用日(曜日)の追加・変更などは随時ご相談ください。
- ・ 施設の設備、器具などは、危険防止のため、職員にご確認のうえご利用ください。
- ・ 喫煙のご希望がある場合には、事前にご相談下さい。
- ・ 金銭や貴重品などのご持参はお控え下さい。必要な物以外はお持ちにならないようお願いします。

(4)緊急時の対応について

お客様の容態に急変があった場合など緊急時には、施設内において可能な処置を講ずるとともに、ご家族様へ速やかにご連絡します。医療機関への受診の際は原則としてご家族様に付き添いをお願いします。尚、施設にて医療機関への受診等対応した場合には別途費用がかかります。

(5)非常災害対策

災害時の対応 : 職員が適切な避難誘導をおこないます。

防災設備 : 自動火災通報装置・非常時通報装置・スプリンクラー・非常食等

防災訓練 : 年3回以上実施

防火責任者 : 施設長

(6)ご利用期間中の中止

以下の事由に該当する場合には、ご利用期間中であってもサービス提供を中止する場合があります。

- ・ お客様がサービスの中止を希望された場合。
- ・ 風邪などの病気により、他のお客様に感染する可能性が高い場合などは、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ・ ご利用当日の健康チェックの結果、体調不良と判断された場合など、サービス内容を変更または中止することがあります。
- ・ ご利用中に体調が悪くなった場合などサービス提供を中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医、歯科医師または協力病院に連絡をとるなど必要な処置を講じます。

(7)サービス提供の終了

お客様のご都合でサービス利用を中止される場合の他、以下の場合は自動的にサービスの提供を終了します。

要介護認定区分が要支援または非該当(自立)と認定された場合。

お客様がお亡くなりになった場合。

- ・ご利用料金のお支払いを1ヶ月以上遅延し料金のお支払いを催促したにも関わらず30日以内にお支払い頂けない場合。
- ・お客様やご家族等が当施設や当施設職員または他のお客様に対して、著しい迷惑行為、悪質な暴言・暴力・ハラスメント、サービスの提供を継続しがたいほどの背信行為を行った場合、退所していただくことがございます。

5. 相談、要望、苦情、高齢者虐待等の窓口

各種介護サービスに関する相談、要望、苦情等につきましては、以下へお申し付けください。

(1)当事業所の相談・苦情担当

電話番号 047-311-2100 (施設長・生活相談員)
 受付時間 月曜日 ~ 土曜日 8時30分 ~ 17時30分

(2)その他の相談・苦情窓口

松戸市福祉長寿部介護保険課給付班 電話 047-366-7067
 千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談窓口 電話 043-254-7428
 千葉県社会福祉協議会 運営適正化委員会 電話 043-246-0294

緊急連絡先					
家族等	氏名			病院・診療所	
	(続柄)	()		医師名	
	住所	〒		住所	〒
	電話番号			電話番号	
	携帯電話			備考	
	メールアドレス				
主治医					

令和 年 月 日

デイサービスセンターひまわりの丘
 の利用にあたり、利用者に対して、本書面に
 基づいて重要事項の説明を行いました。

所在地 千葉県松戸市五香西5-19-8
 名称 社会福祉法人 松栄会

代表者 理事長 梶原 栄治

説明者 _____ 藤 沢 和 夫 _____

令和 年 月 日

私は、契約書および本書面により、
 デイサービスセンターひまわりの丘
 についての重要事項の説明を受け、
 了承しました。

利用者氏名 _____

代理人氏名 _____